Über die Ergebnisse der Wertheimschen Radikaloperation der Universitäts-Frauenklinik zu Strassburg.

(Professor Dr. Fehling.)

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität zu Strassburg

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

vorgelegt von

MAX UNCKELL

aus

ARS a. d. Mosel

STRASSBURG i. E.
Elsass-Lothr. Druckerei, Abtlg. Müh & Cie., Kinderspielgasse 20.
1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Chiari.**

I. Allgemeines über Gebärmutterkrebs.

Der Krebs ergreift das weibliche Geschlecht im Verhältnisse 6 : 4 mehr als das männliche und zwar wird bei den Frauen der weibliche Genitaltractus am häufigsten von allen Organen wiederum ergriffen. Ungefähr 15000 Frauen sterben, wie statistisch nachgewiesen wurde, in Deutschland jährlich an Gebärmutterkrebs. Von diesen sind die Portio und der Cervix viel häufiger ergriffen, als das Corpus. (Ungefähr im Verhältnis 90 : 10.) Zu erstgenannten Krebsarten sind jüngere Frauen am meisten disponiert (das Alter von 30—40 Jahre ist das gefährlichste), während das Corpuscarcinom das Alter von 50 Jahren bevorzugt.

Nur 5% aller Frauen mit Cervixcarcinom haben nicht geboren, während diese Zahl beim Corpuscarcinom auf 20—25% nach Hofmeier steigt.

Nach Weinberg und Gastpars Statistik werden die niederen Stände bei weitem am häufigsten ergriffen.

Die Ursache der Carcinome im allgemeinen, wie auch im besonderen der Uteruscarcinome, ist unbekannt, es existieren darüber nur Vermutungen. So sollen chronische Entzündungen an der Gebärmutter eine Rolle spielen, doch gibt es Tausende von Frauen mit Metri-

tiden und Erosionen, ohne jemals Krebs zu bekommen. Ausserdem sieht man sehr selten Krebs bei Vorfall der Scheidenwände oder gar Gebärmuttervorfall, Erkrankungen, die doch ganz entschieden den stärksten Reiz auf die Gebärmutter ausüben.

Andererseits wiederum muss es auffallen, dass nur 5% aller Frauen nicht geboren haben, und dass die meisten Carcinomträgerinnen Mehrgebärende waren. Eine Frau hatte sogar in den 23 Jahren von ihrer Verheiratung an gerechnet bis zur Menopause 21 mal geboren, wie sie uns bei ihrer Aufnahme in die Klinik erzählte.

Ansteckend und vererblich ist das Carcinom nicht.

Das Carcinom der Portio geht vom Plattenepithel der Portio aus, das der Cervix von ihrem Zylinderepithel und zwar entweder vom Zylinderepithel der Cervixschleimhaut oder vom Zylinderepithel der Cervixdrüsen. Die Unterscheidung zwischen Portio- und Cervixcarcinom ist nur im Anfange möglich, ist auch praktisch unwesentlich, da sich klinisch beide Fälle, was ihre Ausbreitung, ihre Symptome und ihre Malignität anbetrifft, völlig gleichen.

Das Carcinom breitet sich auf dem Wege der Lymphbahn aus, das Corpus uteri wird selten sekundär betroffen.

Geschichtliches.

Bei allen malignen Tumoren ist der Operateur bemüht, möglichst im Gesunden zu operieren und vor allem die regionären Lymphdrüsen zu entfernen.

Früher glaubte man, dass das Carcinom der Portio bezw. der Cervix uteri immer sehr spät Metastasen in den benachbarten Drüsen und Geweben setzen würde, sich also lange Zeit ebenso abgeschlossen hielte, wie das Carcinom des Corpus uteri.

Auf vaginalem Wege konnte man natürlich nicht zu einer so peinlichen und exakten Operation gelangen, wie es die Exstirpation des Uterus mit Parametrien und Drüsen verlangt, ohne die grössten und folgeschwersten Verletzungen zu setzen. Der grösseren Übersichtlichkeit wegen sieht man denn immer wieder auch nach vielen Misserfolgen unsere Operateure auf den abdominellen Weg, den Uterus zu entfernen, zurückkommen.

Am 30. April 1878 wurde von W. A. Freund zum erstenmal die abdominelle Uterusexstirpation an einer 62jährigen Frau ausgeführt, nachdem er schon früher den Operationsplan an der Leiche sich konstruiert hatte. Zu erwähnen wäre nur, dass diese Frau noch vor einigen Jahren lebte.

Zunächst handelte es sich nur um die Exstirpation des Uterus, also unter Zurücklassung der Adnexe und des umliegenden Bindegewebes. Drei grosse Ligaturen bewirkten die Trennung. Die erste Ligatur umfasste die Tube, die zweite das Ligamentum ovarii und rotundum und die dritte das Parametrium und die Arteria uterina. Der Anblick eines Inversionstrichters bei totaler Inversion, von der Bauchhöhle aus, zeigte Freund den Weg, den grossen Peritonealdefekt zu decken. Er leitete die Fäden seiner Ligaturen in die Scheide und zog sie

fest an; so bildeten Ligamente und Adnexe den Abschluss der Peritonealhöhle, das Peritoneum konnte leicht darüber durch Naht vereinigt werden.

Leider gaben damals Sepsis, ungenügende Ligaturen und Nebenverletzungen einen so ungünstigen Operationserfolg, dass trotz verschiedener Verbesserungen in bezug auf Lage (Trendelenburgsche Beckenhochlagerung), isolierte Unterbindung der Arteria uterina, auch Versuche, die Ureteren vor der Ligatur frei zu präparieren, die meisten Operateure sich dem vaginalen Wege zuwandten. Die Operationsmortalität wurde damals auf 70 % berechnet. Infolgedessen wandten sich andere Autoren, Billroth und Czerny, dem vaginalen Wege zu und erzielten damit im Verhältnisse zur Freundschen Operation sehr günstige Erfolge. Die primäre Mortalität betrug anfangs nur 30 %, sank dann schnell bis auf 8—10 %. Da man die Dauerresultate noch nicht berechnen konnte, musste bei diesen Erfolgen natürlich die vaginale Exstirpation weit der abdominellen überlegen sein und so erklärte denn W. A. Freund auf dem medizinischen Kongress in London 1881, dass seine abdominelle Operationsmethode der vaginalen unterlegen sei.

In die 80 er Jahre nun fallen die günstigen Dauerresultate der Chirurgie in bezug auf die Radikaloperation von malignen Tumoren, die leicht zugänglich sind, vor allem der Mammacarcinome. Mikroskopische Untersuchungen von Wertheim, Ries, Winter und anderen Autoren zeigten ein durchaus nicht immer spät einsetzendes Mitergriffenwerden der Drüsen. Die schlechten

Dauerresultate der vaginalen Operation, wegen der Unmöglichkeit, die Drüsen mitzuentfernen, zeigten, dass die radikale Methode der abdominellen Exstirpation trotz der bedeutenden grösseren technischen Schwierigkeiten auch die rationellste ist. Wertheim fand in den mitentfernten Drüsen zu 25%, Rosthorn und Brünet sogar zu 50—57% Carcinom. Dabei wurden nur die verdächtigen Stellen mikroskopiert. Serienschnitte durch die Drüsen hätten vielleicht noch belastendere Ergebnisse erzielt.

Glückliche Erfahrungen, welche die amerikanische Schule (Clark), Erfolge, die Rumpf und Ries in Deutschland errangen, Verbesserungen in bezug auf Ablassen des Wundsekretes, die Bardenheuer durch vaginale Tamponade mit Jodoformgaze bei vaginalen Operationen mit gutem Erfolge bewirkt, liessen das Vorurteil bald schwinden.

Und so konnte Wertheim auf dem Kongress in Giessen 1901 durch ein reichhaltiges, einwandfreies Material, durch seine bahnbrechende methodische Operationstechnik und nicht zum wenigsten durch seine histologischen Untersuchungen die Überlegenheit der abdominalen Radikaloperation über die vaginale beweisen.

II. Vorbereitung zur Operation.

1. Allgemeine Vorbereitung.

Die allgemeinen Vorbereitungen sind die üblichen, wie bei jeder Operation. Der Darm wird einige Tage vorher ausgiebig mit Rizinusöl und Einläufen entleert.

Am Tage vor der Operation bis Mittags volle Kost, dann nur flüssige Kost. Abends nach Klystier und Vaginalspülung ein warmes Vollbad und ein Schlafmittel Veronal 1,0 oder Adalin 0,5.

2. Die vaginale Vorbereitung.

Die vaginale Vorbereitung ist wegen der jauchigen und zerfallenen carcinomatösen Massen die wichtigste. Die pathogenen Keime dringen tief in das Gewebe ein und machen eigentlich jede sichere Desinfektion illusorisch. Wenigstens sind auf allen Platten, die bei uns mit vaginalem Sekret geimpt wurden, in jedem Falle Kolonien gewachsen. Immerhin kann man durch energische Mittel ihre Anzahl wenigstens vermindern und vor allem durch Jod sie festhalten. Früher behandelte Professor Fehling das Carcinom an und für sich immer einige Tage vorher durch energisches Ausschaben, Auslöffeln und Ätzen, dann durch Spülung. Der Umstand aber, dass das parametrane Gewebe bei dieser Behandlung öfters in einen Zustand von starker Entzündung geriet, liess bald davon abkommen. Die Patientinnen bekommen jetzt täglich zweimal eine Vaginalausspülung mit Lysol, bei jauchigem Carcinom mit Wasserstoffsuperoxyd.

Am Tage der Operation wird das carcinomatöse Gewebe in Narkose energisch ausgeschabt und ausgelöffelt. Immerhin ist dabei etwas Vorsicht am Platze; im Falle 1906 (7) wurde bei dieser Gelegenheit der morsche Cervix durchstossen, doch verlief die Perforation in den Douglas reaktionslos. Die ausgeschabten Massen

werden entfernt, noch einmal die Scheide gründlich mit Formalinlösung ausgespült, dann mit Tampons getrocknet. Die völlig trockene Höhle und Scheide wird dann fest mit in Jod getränkter Vioformgaze austamponiert.

Katheterisieren der Blase.

Neudesinfektion des Assistenten und Desinfizieren der äusseren Bedeckung mit zweimaligem Jodanstrich, Bedecken mit sterilen Tüchern.

Diese Desinfektion geht in einem Nebenraume vor sich. Der desinfizierende Assistent darf nicht mitoperieren.

Wie wichtig diese vaginale Desinfektion ist, zeigt Fall 1909 (6), wo aus Versehen der Assistent die vaginale Desinfektion nicht vorgenommen hat. In der Scheide befanden sich hämolytische Staphylokokken, Patientin starb an Peritonitis, hervorgerufen durch diese Bakterien.

3. Narkose.

Die Narkose wird mit dem Braunschen Apparat ausgeführt, nachdem erst mit Äthermaske die Narkose eingeleitet ist. Der Apparat gestattet bei der langen Dauer der Operation Benutzung von Äther und Chloroform, je nach der Indikation und lässt dem Narkotiseur reichlich Händefreiheit. Im allgemeinen wird nur Äther angewandt, Chloroform nur bei Brechreiz und Contraindikation durch Bronchitis. Störend wirkt nur, dass die Ätherkanüle leicht vereist, ein Umstand, dem sich durch ein um den Apparat gelegtes heisses Tuch leicht abhelfen lässt. Die üblichen Hilfsmittel haben natürlich bequem zur Hand zu sein, ebenso hat physiologische Kochsalzlösung stets in warmem Zustande parat zu sein.

Narkotiseur und Kopf der Patientin sind durch ein steriles Tuch, das auf einem eisernen Ringbügel liegt, von dem anderen Operationsgebiete getrennt.

Von den 103 operierten Fällen haben wir trotz der langen Operationsdauer nur 1 Todesfall anzugeben, der nach Ansicht des Professors Chiari durch direkte Chloroformeinwirkung auf die Leber entstanden ist 1910 (17).

4. Operation.

Als Bauchschnitt benutzt Professor Fehling den medianen Längsschnitt und verschafft sich so einen genügenden Überblick. Als Hilfe sind ausser dem Operateur noch 2 Assistenten nötig. An das untere Speculum, das früher ein dritter Assistent hielt, wird jetzt einfach ein grösseres Gewicht gehängt.

Der Bauchschnitt wird sorgsam durch sterile Tücher abgedeckt, um der Gefahr einer Verschmierung von Carcinom Material in die Bauchdecken zu hindern, was besonders bei fettreichen Frauen sehr unangenehm ist.

Trotzdem hatte die Klinik noch 12% Bauchdeckenabszesse im späteren Krankheitsverlaufe (Bumm 17%), von denen 5 Sekundärnähte nötig machten.

Die Därme werden nun nach oben und nach beiden Seiten zu abgeschoben und durch Beckenhochlagerung und durch sterile Tücher in dieser Lage gehalten. Der Uterus wird angehackt und kräftig nach rechts gezogen, während links die Bauchdecken mit dem Speculum auseinander gezogen werden.

Die Ligamenta rotunda werden gefasst und die linken Spermaticalgefässe unterbunden. Quere Spaltung des hinteren Peritonealblattes des Ligamentum latum, das Ligament wird entfaltet und der linke Ureter am hinteren Blatte aufgesucht.

Die Arteria uterina wird nun aufgesucht und doppelt unterbunden.

Hierbei legt Bumm Wert darauf, die Arteria vesicularis superior, die nahe an der Arteria hypogastrica aus der Uterina entspringt, zu schonen. Er unterbindet also nicht allzu nahe an der Hypogastrica.

Der Ureter wird bis zur Blase verfolgt, die Blase wird von der Cervix stumpf und mit Scherenschlage gelöst.

Stellungswechsel und dieselben Akte wie links.

Das Peritoneum des Douglas wird nun ebenfalls quer durchtrennt und das Rectum isoliert.

Nach genügender Isolierung wird der peritoneale Schnitt nach beiden Seiten hin fortgesetzt, bis er mit dem Spalte am hinteren Blatte des Ligamentum latum zusammentrifft.

Nun wird das parametrale Gewebe möglichst im Zusammenhange mit den Drüsen, beginnend mit der hintersten und innersten Partie, entfernt und zwar entsprechend dem Ligamentum sacrouterinum, man gelangt so im Bogen nach vorne zum Vaginalrohr.

Bumm trägt die durch Klemmzangen abgebundene Scheide schon vor Entfernen des parametralen Gewebes ab.

Es wird nun die joddurchtränkte Vioformgaze aus der Scheide gezogen und dann die Scheide möglichst tief abgeklemmt und abgetrennt. Der Scheidenrand wird rings mit Nähten umsäumt, jedoch noch nicht geknüpft. Die abgekemmten Partien werden unterbunden. Die Drüsen vor allem im Teilungswinkel der Iliaca communis, der Vena hypogastrica und der Iliaca externa exstirpiert. Hierzu müssen die Iliakalgefässe möglichst frei präpariert werden.

Jetzt wird ein Vioformgazestreifen von oben her in die Vagina eingeführt und die parametranen leeren Höhlen locker tamponiert. Die beiden Peritonealblätter werden sorgfältig über der Tamponade vereinigt.

Naht der Bauchwunde in vier Etagen, Hautnaht mit Silk und Michelschen Klammern.

Einführen des Skeneschen Dauerkatheters, Verband und vaginale Vorlage.

5. Indikationsstellung.

Jede etwas beträchtliche Infiltration der Parametrien oder des Douglas, schlechte Beweglichkeit des Uterus war früher für die vaginale Exstirpation des Uterus eine Kontraindikation.

Starke Infiltrationen der Parametrien fast völlige Unbeweglichkeit des Uterus behindern bei der Wertheimschen Operation durchaus nicht die radikale Entfernung der erkrankten Stellen. Nur gänzliches Ausfüllen des Beckens durch carcinomatöse Massen, Infiltration der Scheide bis zur Vulva kontraindizierten die radikale

Operation. Ebenso kontraindiziert die Operation ein stärkeres Ergriffensein der Blase, da Resektion der Blase ein sehr ungünstiges Ergebnis liefert. Metastasen in benachbarten Organen entziehen sich vor der Operation meist der Diagnose. Natürlich hat da eine Operation keinen Zweck. So bei Fall 1905 (1), wo sich schon Metastasen in der Leber befanden. Ebenso ist hochgradiger Marasmus eine Kontraindikation, doch wird der Operateur wohl hie und da durch den Wunsch der Angehörigen verleitet, das letzte zu wagen. Bei Fall 1907 (10) kam jedenfalls die Operation zu spät (bestehender Marasmus und Decubitus).

6. Blutstillung.

Die profusen Blutungen sind oft sehr schwer zu stillen. Von einigen Operateuren wird von vornherein die Arteria hypogastrica unterbunden. In der Strassburger Klinik wird dies nur im Bedarfsfall ausgeführt. Ausserdem geht noch aus der Arteria uterina die Arteria vesicalis superior ab, so dass man event. die Ernährung der Blase durch diese Unterbindung stören könnte.

Die venösen Blutungen aus der Tiefe sind oft sehr stark und störend. In einem Falle musste hier die Vena iliaca communis unterbunden werden. Bei einem anderen Falle 1912 (9) ging die Frau an akuter Anaemie ein. Die schwere Blutung stand endlich bei der Operation, nachdem alles unterbunden war. Die Sektion ergab einen kleinen Schlitz in der Vena aliaca, aus dem die Frau nachträglich weiter geblutet hatte.

Nur durch peinliches Abbinden kann man diese Blutungen einschränken.

7. Vermeidung der Infektionsmöglichkeit vom primären Herde aus.

Wegen der zahlreichen Keime im carcinomatös zerfallenen Gewebe geht das Bestreben dahin, erst möglichst spät die Scheide zu öffnen, bezw. Scheideninhalt überhaupt nicht mit der Bauchhöhle in Verbindung zu bringen. Dahin laufen 2 Bestrebungen:

1. Die französische und amerikanische Schule.

Erst wird die typische abdominelle Loslösung des gesamten Genitalschlauches mit völliger Wundversorgung gemacht. Dann wird die Frau umgelagert, die Scheide vaginal eröffnet und so der gesamte ausgelöste Genitalschlauch durch die Scheide entfernt. Es kommt zwar so kein infektiöses Material in die Bauchhöhle, jedoch dauert die an und für sich schon sehr lange Operation durch das Umlagern der Patientin nun noch länger, ausserdem entstanden im paravaginalen Gewebe oft Blutungen, die sehr schwer zu stillen waren.

2. Nach W. A. Freund, Bresky, Bröse und L. F. Faure wurde die Scheide im Gesunden vor der Operation von unten rings umschnitten und über den carcinomatösen Massen vernäht. Hier sprach der grosse Zeitverlust dagegen.

So entschloss man sich wieder zur rein abdominellen Operation, besonders da die Scheide jetzt durch starke Klemmen (Wertheim, Winternitz, Siegwart) ab-

geklemmt werden kann; man sucht die Scheide möglichst von Keimen frei zu bekommen, besonders da es immerhin vorkommen kann, dass beim Aufwärtsziehen des Uterus, die infiltrierte Wand vorzeitig einreissen kann und so das Peritoneum mit Keimen überschwemmt. Diese Möglichkeit ist bei den obenerwähnten 2 Verfahren vielleicht um so verhängnisvoller, da man in der sicheren Erwartung, dass kein infektiöses Material in die Bauchhöhle kommt, vielleicht nicht so sorgfältig die Scheide desinfiziert.

8. Blasenverletzung.

Die Blase muss stumpf und mit Scherenschlägen etagenweise erst in der Mitte, dann von der Ureterengegend aus seitlich gelöst und schliesslich stumpf nach unten geschoben werden.

In der Strassburger Klinik hatten wir bei den obenbeschriebenen Fällen 15 Blasenverletzungen. Diese Verletzungen kamen meistens an infiltrierten Blasenstellen zustande. Sie wurden sofort genäht und zwar durch Tabaksbeutelnaht geschlossen und darauf noch einen bis zwei Etagennähte gesetzt. Bei 7 von diesen Blasenverletzungen finden wir nachher als Komplikation eine Blasenscheidenfistel. Im ganzen resultierten 17 Blasenfisteln, darunter auch die obengenannten 7 nach Blasenrissen.

Von diesen Blasenfisteln heilten 10 spontan.

Bei 3 Patientinnen muss die Kolpocleisis gemacht werden, bei einer sogar dreimal.

Die anderen 4 mussten auf Wunsch so entlassen werden.

Diese Blasenscheidenfisteln entstehen im Anschluss an eine Läsion, von der oft nur die Serosa der Blase getroffen werden braucht. Vielleicht spielen dabei auch Ernährungs- und Zirkulationsstörungen eine Rolle.

Postoperative Paralysen der Blase finden sich häufig. Wir legen ausnahmslos sofort den Dauerkatheter ein, um die Nachbehandlung zu erleichtern. Hiermit sind allerdings gewöhnlich leichte Cystitiden verbunden, die mit Helmithol und Urotropin behandelt werden. Etwas schwerere spülen wir täglich mit Borwasser; ganz schwere hatten wir eigentlich nur 2, die aszendierten und Pyonephritiden hervorriefen (1902 (4), 1907 (10). Beide aber heilten gut aus.

9. Darmverletzung.

Von Mastdarm- und anderen Darmverletzungen haben wir nur einen Fall aufzuweisen, 1903 (3), in dessen Krankheitsverlauf sich eine Darmscheidenfistel bildete. Die Darmscheidenfistel heilte spontan. Zwei andere kleine Darmverletzungen, die bei der Operation übersehen wurden (1904 (4) und 1912 (11) führten zu Tod an Peritonitis. Bei einem Falle 1903 (5) wurde sofort wegen Blinddarmentzündung die Apendectomie angeschlossen. Verlauf gut.

10. Regionäre Lymphdrüsen.

Die mikroskopische Untersuchung der regionären Drüsen auf Carcinom ist bei uns leider nicht genau durchgeführt. Von den Drüsen, die mikroskopiert worden sind, ist in 15% der Fälle Carcinom gefunden worden.

Die regionären Lymphdrüsen sind möglichst im Zusammenhange mit dem Parametrium zu entfernen, da damit auch die Lymphstränge entfernt werden Gelingt es nicht, so muss man die Beckengefässe völlig frei präparieren.

In zwei Fällen, 1905 (5) und 1912 (2) waren die Drüsen so innig mit den Gefässen verwachsen, dass man sie stehen lassen musste wegen der Gefahr einer Blutung und notwendigen Unterbindung der Arteria oder Vena femoralis.

11. Wundversorgung.

Am Schlusse der Operation wird Peritoneum der Blase mit Peritoneum des Douglases vernäht. Eine peritoneale Drainage ist nur nötig bei Erguss von infektiösem Material, während der Operation in die Bauchhöhle (Blasen-, Darmverletzung, Platzen eines Pyosalpinx), bei Zurücklassung von grösseren, des Peritoneums beraubter Flächen und bei Gefahr von nachträglicher Darmperforation.

In der Strassburger Klinik wurde anfangs mittels der Mickuliczschen Schürze nach oben drainiert. Das

kommt jetzt nur noch ausnahmsweise vor, wenn der zu drainierende Punkt zu hoch ist.

Gewöhnlich drainieren wir wie Wertheim vaginal, und tamponieren die tiefen geräumigen Nischen unterhalb der vereinigten Peritonealblätter wegen ihrer reichlichen Gelegenheit zur Retention von Blut und Sekret; der Tampon wird nach unten herausgeleitet. Die beiden Peritonealblätter werden möglichst in doppelter Nahtreihe genäht.

Bei im Spätverlauf eintretender subperitonealer Eiterung genügt zur Hebung der Eiterretention Einführen eines Fingers von der Vagina aus.

Die primäre Mortalität, die der Infektion zur Last fällt, betrug früher nach der Statistik von Bumm 38 %, beträgt seit Drainage bei Bumm 5%, in der Strassburger Klinik 9%. Hiervon fällt ein Fall einer versehentlichen Nichtdesinfektion der Scheide zur Last, 1909 (6), bei einem anderen Falle bestand schon vor der Operation Sepsis, 1910 (7).

12. Behandlung der Ureteren.

Der Amerikaner Clark katheterisiert zur leichteren Auffindung vor der Operation immer beide Ureteren, ein Verfahren dem sich viele angeschlossen haben. In der hiesigen Klinik wird dies nicht ausgeübt, sondern nach Bumm die beiden Blätter des Ligamentum latum stumpf entfaltet und zwischen denselben der Ureter an dem hinteren Blatte gesucht. Immerhin ist in der hiesigen Klinik bei normaler Lage des Ureters der Nervus

obturatorius statt des Ureters einmal frei präpariert worden, bis man aus dem weiteren Verlaufe des Nerven den Irrtum merkte.

Unangenehmer gestaltet sich bei starker Entzündung oder Infiltration des Parametriums das Freipräparieren. So wurde in 3 Fällen (1902 (2), 1908 (3), 1912 (4) der Ureter versehentlich durchschnitten und musste implantiert werden. Alle 3 Frauen sind gestorben, doch hielten in diesen wie in den folgenden Fällen die Ureterennähte sehr gut, mit Ausnahme von einem Fall (1904 (4), wo sie dehiszierten. In drei Fällen musste wegen zu starker Ummauerung mit carcinomatösen Massen der Ureter reseziert werden (1904 (4), 1907 (9), 1908 (4). Zwei Frauen starben an den Folgen der Operation, nur eine Frau überstand sie.

Einmal wurden anscheinend beide Ureteren unterbunden, da Patientin an Urämie starb. Sektion wurde, da Privatpatientin, verweigert (1910 (2).

Sonst soll die Ureterenwand sehr widerstandsfähig gegen Carcinom sein, also deshalb keinen Grund zur Resektion bieten.

Als spätere Komplikation beobachteten wir einmal eine Ureterenfistel (1906 (7), höchst wahrscheinlich durch Läsion der Wand des Ureters entstanden. Die Fistel schloss sich spontan.

13. Primäre Mortalität. Rezidive. Sekundäre Mortalität. Verschollen. Rezidivfreie.

Die primäre Mortalität beziffert sich in der Strassburger Klinik bei der Wertheimer'schen Operation auf

30%. In der Bummschen Klinik früher auf 29,7, später 21%, bei Wertheim anfangs 30% und bei seinen letzten 100 Fällen auf 15%.

Von unseren 103 Operierten vom Jahre 1901 bis 1913 starben 30 und zwar an folgenden Krankheiten:

Peritonitis	7
Sepsis	2
Lungenödem, Myodegeneratio, Shok, Anämie, Nephritis chr.	11
Anämie infolge Verblutung	1
Urämie	1
Cachexie, Collaps	1
Lungenembolien (1 luetischer Natur)	3
Käsige Pneumonien	2
Marasmus decubitus	1
Chloroformeinwirkung	1

Betrachten wir diese primären Todesfälle, so fällt uns vor allem der hohe Prozentsatz der an Shok, Anämie und Myodegeneratio Verstorbenen Zu erklären ist dies mit der für den Körper so schwerwiegenden Operation, mit der so lange dauernden Operation $1\frac{1}{2} + 2\frac{1}{2}$ Stunden, ausserdem daher, dass die Frauen meistens durch die vorausgegangenen, starken Blutverluste sehr geschwächt sind. Trotzdem wir immer prophylaktisch einige Tage vorher schon Digitalis, sehr roborierende Kost geben und während und nach der Operation nicht mit Kampher oder physiologischer Kochsalzlösung sparen, ist ein sichtbarer Verfall der Patientinnen oft nicht aufzuhalten.

An Infektion starben im ganzen 9, wie schon früher betont, ein Zeichen, wie infektiös und folgenschwer die carcinomatöse Bakterienflora in der Scheide und in der Cervix ist und wie wenig sicher wir der vaginalen Desinfektion sind.

Die anderen Todesfälle hängen ebenso mit der ausgedehnten und lange dauernden Operation und mit einer meist schon bestehenden Körperschwäche zusammen.

An sekundären Krankheiten starben 27; davon an sicheren Rezidiven 10; 17 an unbekannter Krankheit. Verschollen sind 7. An interkurrenten Krankheiten sind 4 gestorben. Sichere Rezidive wurden in 13 Fällen nachgewiesen. Rezidivfrei blieben 23.

Dies ergibt bei Fällen, die mindestens 5 Jahre zurückliegen (51 Fälle, davon 6 rezidivfrei), eine Heilungsziffer von 12%. Bei Abzug der 4 interkurrenten Todesfälle 13%.

Rechnen wir die primären und die interkurrenten Todesfälle ab, so ergeben sich dann bei den 51 Fällen, die über 5 Jahre zurückliegen (51 – 15 – 4 = 32) 19%.

Die absolute Heilung betrug bei

Wertheim	18%
Zweifel	20,5%
Bumm	16%
Krönig	25%
Franz	27,5%.

Kurz zusammenfassend zeigt es sich, dass wenn auch die abdominale Operation schon wesentliche Vor-

teile gegenüber der vaginalen bietet, so doch immerhin die Chancen keineswegs sehr günstig sind. Viel hat hieran der Umstand Schuld, dass die Fälle erst relativ spät in klinische Behandlung kommen, das Carcinom schon oft weit vorgeschritten ist und die Kranken meist schon sehr geschwächt sind, bis sie sich zur Operation entschliessen. Viele Fragen sind noch offen, von denen die wichtigsten sind: Abkürzung der Operation und Ausschaltung der Infektionsmöglichkeit vom primären Herde aus.

Tabellarische Uebersicht.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankh verla
1901 9. April 216 85	Seit 6 Jahren Ausfluss, seit 4 Wochen übelriechender, mit Blut vermischter Ausfluss. Schmerzen. Schwächegefühl.	Tiefes carcinomatöses Uterus an der Cervix. Uterus mässig verschieblich. Linker Retractor derb und kurz.	14. April	—	Blase scheid fiste
1901 12. Nov. 564 227	1900 chron. peri- und parametritis. Vor 8 Tagen Ausfluss. Schwindelanfälle.	Enorm dicke Frau. Uterus an hinterer Lippe. L. Parametr. und l. Douglas infiltriert. R. Retractor derb.	19. Nov.	—	Blasenfi Auftrete tertiär syphiliti Erscheinur
1902 16. Jan. 32 27	Vor 3 Jahren Ovariotomie und Ventrofixatio. Seit $^1/_2$ Jahr blutig, fleischwasserähnlicher Ausfluss. Abmagerung.	Kachektisches Aussehen, stark zerfallenes Carcinom portionis. Uterus durch Ventrofixatio schlecht beweglich, sonst o. B.	23. Jan.	Wegen starker Verwachsungen mit Darm nur Totalexstirpation. Blasenriss.	—
1902 13. Mai 267 138	Vor 25 Jahren operiert wegen Ovarialkystom. Seit Februar 1902 Blutung. Ausfluss. Abmagerung.	Vordere Lippe stark gewulstet und derb. Uterus fast unbeweglich. R. Douglas stark infiltriert.	16. Mai	R. Ureter mitgefasst und durchtrennt. Implantation.	Klinisch hen Lu erscheinu im Vordergr
1902 15. Juli 223 439	Seit Mai unregelmässige Blutungen. Abmagerung.	Carcinoma portionis u. cervic. L. Parametrium strark infiltriert. Uterus myomatosus.	30. Juli	Blase eingerissen.	Blase scheiden
1902 5. Nov. 626 310	Seit 2 Monaten ständige Blutung Krampfartige Schmerzen.	Carcinoma portionis u. cervicis stark zerfallen. Parametrium und Douglas frei Uterus gut beweglich.	15. Nov.	—	Pyel nephri linksse
1902 28. Nov. 672 333	Früher Unterleibsentzündung und Endometritis. Seit 1 Jahr wieder Blutung. Starker fluor.	Dicke Frau mit Carcinom der hinteren Lippe. Linkes Ligament u. d. Basis infiltriert. Rechts einige Drüsen fühlbar.	6. Dez.	Starke venöse Blutung	—

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
Hypocleisis 7. VII.	13. V.	—	31. V. 1902. Enormes Rezidiv an der Vorderwand der Blase. Cystitis purulenta.	—	—	—	—	—	Frau W. Fr. 49 J.
—	31. XII. zur Hautklinik.	—	—	—	verscholl.	—	—	—	Frau L. S. 42 J.
—	—	† 1. II. Peritonitis.	—	—	—	—	—	—	Frau L. B. 52 J.
—	—	28. V. † Sektion: an pelveoperitonitis purulenta käsige Pneumonie l. Unterlappen.	—	—	—	—	—	—	Frau E. L. 56 J.
3 mal Hypocleisis	27. IX. gut geheilt. Keine Resistenz.	—	2. XI. 03. grosses Rezidiv links. Neuralgien.	—	—	—	—	—	Frau B. J. 39 J.
—	28. XII. gut geheilt. Keine Resistenz.	—	16. I. 04. Grosses Scheidenrezidiv.	—	—	—	—	—	Frau M. K. 53 J.
—	—	† 4. XII. post. oper. Sektion: Myodegeneratio. Lungenoedem.	—	—	—	—	—	—	Frau A. E. 53 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1903 9. Febr. 75 46	1894 Exstirpat. eines Polypen an Vorderlippe. Mikroskop.: Kein Carc. Seit Dezember 1902 blutigwässeriger Ausfluss.	Carcinom cervicis mit fühlbaren Drüsen in der Gegend der Hypogastrica.	18. Febr.	—	—
1903 23. Okt. 312 53	Seit 1 Jahre stärkere Regel. Seit 3 Monaten Schmerzen, Fluor, Harndrang, Obstipation.	Sehr stark gewuchertes und zerfallendes Carcinom der vorderen Lippe. Uterus schlecht beweglich. Infiltration des l. Ligamentum latum.	7. Nov.	Starke Blutung	Blasen-scheidenfi Bauchdec abszess. T bophlebiti r. Beine
1903 3. April 165 93	Mit 23 Jahren Gebärmutterleiden. Seit 1 Jahr stärkere Blutung. Schmerzen, Harndrang, Abmagerung.	Kraterförmiges Carcinom der Portio und Cervix. Myomatöser Uterus. Parametrium links infiltriert.	7. Apr.	—	Leicht Cystiti
1903 27. April 191 117	Seit 1 Jahr profuse Menstruation. Kreuzschmerzen. Fœtider blutigwässeriger Ausfluss. Abmagerung.	Kachektisches Aussehen. Carcinom portionis. Linkes Parametr. etwas infiltriert. Uterus gut beweglich.	—	—	—
1903 4. Aug. 353 239	Mit 50 Jahren Menopause. Seit 6 Wochen fœtider Ausfluss, blutig. Gewichtsabnahme.	Sarcom d. Cervix u. corpor. ut. Sarcom d. Tuben und Ovarien. L. Parametrium infiltriert.	8. Aug.	Darmverletzung. Appendectomie wegen verdächtigen Appendix.	Scheider darmfist
1903 12. Aug. 408 247	Seit 1 Jahr unregelmässige Blutung. Seit Februar alle 2 Tage Blutung. Rückenschmerzen.	Pilzförmiges Carcinom der Portio. Uterus gut beweglich. Parametr. o. B. Linke Douglasfalte etwas gespannt.	19. Aug.	—	—
1903 19. Okt. 506 302	Seit April kontinuierlicher, blutigwässriger fœtider Ausfluss. Druck im Leibe.	Carcinom cervic. u. corpor. Linkes Parametr. infiltriert. Rechtes Polykystoma ovarii. Uterus schlecht beweglich.	31. Okt.	Starke Blutung	Anf. schlec Progn., d. sich Patier rasch. Bau deckenfist

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	—	20. II. † Sektion: Myodegeneratio. Lungenoedem Bronchitis zweiter Ordnung.	—	—	—	—	—	—	Frau K. W. 48 J.
—	27. I. Entlassen. Keine Resistenz. Fistel geschlossen.	—	—	—	—	—	25. Juli 1904 kein Rezid.	Rezid.-frei. Juni 1913	Frau F. F. 34 J.
—	4. V. Keine abnorme Resistenz.	—	—	—	—	Febr. 1904 † unbek. Krankheit	—	—	Frau R. S. 47 J.
—	28. V. gut geheilt.	—	—	—	—	† unbekannt	8. Mai 1906. Befinden gut. R. Praerectal. Rezid.?	—	Frau M. R. 40 J.
—	3. X. Fistel spontan geschlossen, o. B.	—	—	† Dez. 1904 Peritonitis	—	—	—	—	Frau M. L. 61 J.
—	24. IX. gut.	—	—	—	—	† 18. Mai 1911 Pneumonie	—	Rezid.-frei.	Frl. K. G. 40 J.
—	8. XII. a. W. entl. Fistel n. offen. L. kl. Resistenz im Scheident.	—	—	—	verscholl.	—	—	—	Frau K. B. 50 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1904 6. Febr. 78 38	Seit mehreren Monaten unregelmässige Menstruation. Seit 14 Tagen Blutung und Schmerzen.	Kraterförmiges Carcinom der Portio. Parametrium und Douglas beiderseits stark infiltriert.	17. Febr.	—	Blasenscheidenf mit ha infiltrier Ränder
1904 8. Juni 304 163	Seit 2 Jahren Menopause. Seit Januar blutigeitriger, riechender Ausfluss. Schwächegefühl.	Blumenkohlcarcinoma der Portio. L. Douglas, r. Retractor und Parametr. derb infiltriert. Uterus schlecht beweglich.	25. Juni	–	Blasenscheidenf
1904 2. Sept. 486 228	Seit 6 Monaten Blutung. Seit 3 Monaten Schmerzen im Kreuz. Abmagerung.	Kleinböckriges Carcinom der vorderen Lippe. Uterus etwas beweglich. L. Douglas hart, infiltriert.	6. Sept.	—	–
1904 27. Okt. 582 284	Seit 7 Wochen ständig Schmerzen und Gefühl von Schwere im Leib. Etwas Ausfluss. Sonst o. B.	Carcinom cervicis mit breiter, schwerer Infiltration d. r. Parametr. und Kompression d. r. Ureters. Infiltration der Blasenwand.	5. Nov.	Resektion des r. Ureters. Blasenriss. Darmriss.	Perit. I scheinung
1904 12. Dez. 685 328	Seit Anfang November blutet P. bei Kohabitation.	Tonnenförmig zerfallenes Carcinom cervicis. Uterus gut beweglich. L. Parametr. infiltriert.	17. Dez.	Blasenriss.	—
1905 2. Mai 245 145	Seit Februar unregelmässige Blutungen, stinkender Ausfluss.	Trichterförmiges Carcinom der Portio. L. Parametr. infiltriert. Uterus schlecht beweglich.	15. Jan.	Blasenriss.	—
1905 24. Juli 435 249	Seit 2 Jahren Menopause. Seither fleischwasserähnlicher Ausfluss, übelriechend.	Portiocarcinom u. Cervic. Uterus gut beweglich. R. Parametr. und Douglas etwas infiltriert.	31. Juli	—	Bauchdec fistel

spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	6. IV. auf Wunsch entlassen. Völlige Inkontinenz. R. derbe Infiltration im Trichter.	—	—	gestorb.	—	—	—	—	Frau K. B. 33 J.
—	4. VIII. Fistel spontan geschlossen. Keine Resistenz.	—	—	† 1905	—	—	—	—	Frau J. F. 44 J.
—	28. IX. Entlassen.	—	—	gest. 20. VI. 1907 n. kein Rezid.	—	—	—	—	Frau L. N. 35 J.
—	—	† 11. XI. Peritonitis Dehiscenz der Blasen- und Darmnähte.	—	—	—	—	—	—	Frau L. D. 41 J.
—	16. I. 05. gut.	—	1. VI. 06. grosses Rezid. im Scheidengewölbe.	—	—	—	—	—	Frau M. B. 40 J.
—	—	16. V. † Collaps, akute Anaemie. Metastase in Leber.	—	—	—	—	—	—	Frau K. J. 33 J.
—	29. VIII. gut. Fistel fast geschlossen.	—	16. XI. 05. Rezidiv r. an Beckenwand und Scheide.	—		—	—	—	Frau K S. 55 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1905 10. Aug. 454 264	Seit 4 Monaten Schmerzen im Leib, reichlich Fluor albus. Abmagerung.	Carcinom d. cervix. Infiltrat. beider Refractoren.	14. Aug.	Uterus stark mit Rectum u. Blase verwachsen. Blasenriss.	Blasenscheidenfist (Ventilfis
1905 15. Aug. 456 267	Seit 3 Monaten blutigwässriger Fluor. Sonst o. B	Blumenkohlcarcinom der Portio (hintere Lippe). R. Douglasfalte dick und empfindlich.	18. Aug.	—	—
1905 18. Sept. 444 280	Seit 5 Wochen unregelmässige Blutungen. Mässiger übelriechender Ausfluss. Abmagerung.	Kachektische Frau. Tonnenförmiges Carcinom der Portio. Uterus mässig beweglich. Parametr. u. Douglas beiderseits besonders rechts infiltriert.	25. Sept.	Blasenriss. 1 carcinomatöses Drüsenpaket liegt direkt auf der Teilungsstelle der iliaca communis u. kann nicht entfernt werden.	Blasen scheidenf
1906 22. März 208 105	Seit 2 Jahren unregelmässige übelriechende Blutungen. Abmagerung. Obstipation. Drang zum Wasserlassen.	Kraterförmiges Carcinom der Portio auf Scheide übergreifend. R. Parametr. infiltriert.	3. Apr.	Blasenriss	Blasenfi Decubit Angin
1906 26. April 143 32	Blutungen, übelriechend, Schmerzen.	Carcinom cervicis. Parametr. und Douglas frei.	12. Mai	—	—
1906 7. Mai 284 149	Seit 5 Monaten unregelmässige Blutungen, weisser Fluss. Keine Schmerzen. Keine Abmagerung.	Bröckelndes Carcinom Portio. Uterus gut beweglich Parametr. Douglas o. B.	16. Mai	—	16. I. Ba naht gepl
1906 26. Mai 347 173	Januar unregelmässige Blutung. Seit 4 Wochen Leib- und Kreuzschmerzen. Stärkere Blutung. Stärkerer Ausfluss.	Etwas kachekt. Frau. Blumenkohlcarcinom der Portio. Linke Douglasfalte verdickt. Uterus gut beweglich.	5. Mai	—	—

pätere peration	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	25. IX. entlassen, liegt trocken, o. B.	—	—	verst.	—	—	—	—	Frau E. G. 35 J.
—	—	18. VIII. † 6 h. p. op. Shock degenerativ cordis.	—	—	—	—	—	—	Frau K. W. 28 J.
2. XI. lpochisis.	22. XI. Fistel geschlossen, gut.	—	—	verst.	—	—	—	—	Frau M. E. 45 J.
—	1. VI. Fistel spontan geschlossen. In r. Scheidewand derbe Infiltrationen.	—	—	verst.	—	—	—	—	Frau V. P. 48 J.
—	24. VI. gut.	—	—	verst.	—	—	—	—	Frau Sch. L. 33 J.
ındärnaht	15. VII. gut.	—	—	—	—	—	Vor 1½ Jahren nach Frankr. verzog.	Über 5 Jahre rezidivfrei.	Frau M. G. 50 J.
—	27. VI. gut.	† Februar 1912. Perforationsperitonitis Metastasen in Leber und Gallenblase.		—	—	—	—	—	Frau M. W. 38 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1906 16. Juli 458 230	Seit 2 Jahren unregelmässige Periode. Seit Mai fast täglich Blutung. Kein Schmerz.	Carcinoma portionis. Linkes Parametrium derb. Uterus gut beweglich.	23. Juli	—	—
1906 5. Sept. 563 270	Seit 2 Jahren Menopause. Vor 6 Wochen wieder Blutung, wässriger Ausfluss. Schmerzen im Unterleib.	Blumenkohlcarcinom beider Lippen. Linke Douglasfalte etwas straff. Uterus gut beweglich.	11. Sept.	—	Am 23. Lungenentzündung später Empyema. Innere Kli
1906 11. Nov. 577 279	Seit 4 Jahren Menopause. Seit 6 Monaten Blutung. Schmerzen im Unterleib und Kreuz.	Carcinoma cervicis. Furum. Douglas frei 13. IX. Bei Untersuchung Perforation im Douglas vene.	22. Sept.	—	—
1906 9. Okt. 620 298	Seit 2 Jahren Schmerzen in rechter Seite. Seit 1 Jahr unregelmässige Blutung. Abmagerung.	Kraterförmiges Carcinom der Portio und Cervix. Beide Parametr. hart, wie entzündlich, vor allem linke.	16. Oktob.	Starke Blutung, so dass die linke Vena iliaca unterbunden werden muss.	Uretereinf
1907 2. März 122 73	Seit 12 Jahren Menopause. Seit 2 Jahren Kreuzschmerzen. 2 geringe Blutungen. Seit 2 Monaten heftige Unterleibsschmerzen.	Carcinoma portionis und cervicis. Uterus schlecht herunterziehbar. Beide Parametr. u. Douglas infiltriert.	12. März	—	Blasen scheidenfi
1907 28. Febr. 142 74	Anfang Januar starke Blutungen. Obstipation. Schmerzen beim Wasserlassen.	Carcinoma cervic. Parametr. u. Douglas stark infiltriert. Uterus schlecht beweglich.	13. März	Blasenriss.	Blasen scheidenfi Cystitis
1907 22. Mai 271 144	Seit 98 Menopause. Seit 1 Jahr Blutungen, jetzt hie und da starke Blutungen geringer Fluor. Wenig Schmerzen.	Carcinom der hinteren Lippe. Uterus gut beweglich. Parametrium, Douglas o. B.	28. Mai	—	—

Spätere peration	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
XI. 1907. belapa- tomie wegen merzen im nterleib. operabell e.-Rezidiv.	7. VIII. gut.	—	† unter periton. Erscheinungen.		—	—	—	—	Frau C. A. 42 J.
—	—	—	—	—	ver- scholl.	—	—	—	Frau A. H. 50 J.
—	—	5 h. post oper † Shock degenerativ cordis. Operationsgebiet o. B.	—	—	—	—	—	—	Frau M. K. 59 J.
—	25. XI. Fistel spontan geschlossen, gut.	—	—	—	ver- scholl.	—	—	—	Frau A. S. 47 J.
—	26. IV. mit Fistel entlassen. Sonst gut.	—	—	—	ver- scholl.	—	—	—	Frau S. B. 62 J.
—	10. V. Auf Wunsch in sehr elendem Zustande.	—	—	†	—	—	—	—	Frau E. K. 38 J.
—	—	30. V. † Beckenbindegewebsphlegmone u. Peritonitis.	—	—	—	—	—	—	Frau C. K. 58 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1907 26. Mai 265 164	Ende Februar gravida, 13. Mai starke Blutung. Abort. angeblich, blutet trotz Tamponade weiter.	Carcinoma cervic. u. portion. Uteri gravid. Am 23. I. fœtus von 8—9 cm Länge.	10. Juni	—	—
1907 6. Juni 300 168	Seit einigen Wochen Schmerzen, Blutungen, übelriechender Fluss.	Carcinoma port. Myomatosis uteri. Tubo ovarieller Tumor rechts.	14. Juni	—	Blasenscheidenfis
1907 10. Juni 304a 172	Seit 4 Monaten profuse Blutungen, starker Ausfluss.	Pilzförmiges Carcinom der Portio. Parametr., Douglas rechts infiltriert. Uterus etwas fixiert.	17. Juni	—	Blasenscheidenfis
1907 22. Juli 398 222	Seit 4 Jahren Menopause. Seit 2 Monaten Abmagerung, weisser Fluss. 3 mal starke Blutung.	Kachektisches Aussehen. Bronchitis Emphysem Carcinoma portion u. cervic. Rechte Douglasfalte leicht infiltriert.	27. Juli	—	Verschlimmerung der Bronchit
1907 13. Aug. 430 229	Seit Juli Schwindel, Brechreiz. Starke Blutung.	Krebsknoten an d. hinteren Lippe. Parametr., Douglas o. B. Uterus gut beweglich.	19. Aug.	—	—
1907 23. Aug 441 237	Periode seit 10 Monaten ausgeblieben. Anfangs Juli Blutabgang, stinkender Ausfluss.	Geschwüriges Carcinom der Port. und Cerv. L. Parametrium infiltriert. Blasenwand infiltriert.	26. Aug.	Resection d. l. Ureters, da nicht aus Carcinom-Wasser zu lösen. Implantation.	Decubitu Bronchit Marasmu

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	28. VI. gut geheilt.	—	—	—	—	† 1909 Extremitätsfraktur Fettembolie soll sich sehr erholt haben	—	Rezidivfrei	Frau M. D. 31 J.
—	20. VII. mit Fistel entlassen, sonst gut.	—	—	—	—	—	—	Rezidivfrei Juni 1912	Frau B. B. 47 J.
—	25. VII. mit Fistel, sonst gut.	—	—	—	verscholl.	—	—	—	Frau M. K. 43 J.
—	—	† 31. VII. Sekt. Beidseitige Bronchit. mit beginnender käsiger Verhärtung. Operationsgebiet o. B.	—	—	—	—	—	—	Frau B. H. 56 J.
—	—	22. VIII. Embolie der r. Pulmonades. Atheromatose Alter luetischer Herd im linken Gehirnhemisphäre.	—	—	—	—	—	—	Frau E. M. 48 J.
—	—	26. X. † Marasmus. Operationsgebiet tadellos verheilt.	—	—	—	—	—	—	Frau A. R. 52 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1907 2. Sept. 462 244	Seit Februar unregelmässige Periode. Vor 1 Monat sehr starke Blutung.	Carcinoma portionis auf Scheide übergehend. Douglas und Parametrium links infiltrierend.	7. Sept.	—	Bd. Pyonephritis. Cystitis
1907	—	—	—	—	—
1907 11. Nov. 581 319	Frühjahr starke Blutung. Seit 2 Monaten starke Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Weisser Fluss.	Carcinoma cervic. Chron. Metritis.	20. Nov.	Blasenriss.	—
1907 16. Sept. 491 262	Mai 1907 angeblich wegen Polypen ausgeschabt. Vor 1 Woche starke Blutung. Weisser Fluss.	Carcinoma cervic. Uterus gut beweglich. Parametr. Douglas frei.	28. Sept.	Blasenriss.	Blasenscheidenfis
1908 13. März 139 87	Letzte Regel vor 5 Wochen, seither andauernd schwache Blutung. Keine Schmerzen. Geringe Abmagerung.	Höckrige, ulzerierte Portio. Uterus gut verschieblich. Im l. Parametr. ein Strang zu fühlen.	23. März	—	—
1908 6. Juli 365 185	Seit 4 Wochen ständige Blutung ohne Schmerzen.	Pilzförmiges Carcinom der Cervix und Portio. Param. und Douglas erscheinen etwas infiltriert.	13. Juli	—	—
1908 6. Aug. 422 211	Verliert seit 4 Wochen viel Blut, Rückenschmerzen, Obstipation.	Carcinoma cervicis. Vordere Blasenwand infiltriert. Linke Param. und Douglas hart und herb.	11. Aug.	Rechts wird Ureter durchtrennt. Implantation.	—

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	9. X. gut geheilt.	—	—	—	verscholl.	—	—	—	Frl. L. G. 37 J.
—	—	—	—	† 24. Juli 1909 Rezid.	—	—	—	—	Frau T. D.
—	—	21. XI. † Anaemie Shock. Operationsgebiet o. B.	—	—	—	—	—	—	Frau M. L. 39 J.
—	2. II. Fistel geschlossen. Im Trichter höckriges granulierendes Gewebe. Sonst gut.	—	—	† Dez. 1908	—	—	—	—	Frl. E. D. 29 J.
—	—	28. III. † Peritonitis fibrin. purulenta, Phlegmone der Bauchwand.	—	—	—	—	—	—	Frau P. L. 28 J.
—	7. VIII. o. B.	—	—	—	—	—	—	Rezidivfrei	Frau K. G. 44 J.
—	—	12. VIII. † degeneratro cordis et venum. Operationsgebiet o. B.	—	—	—	—	—	—	Frau S. G. 39 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1908 5. Nov. 551 284	Juli Ausfluss, Schmerzen im Rücken. Stärkere Blutung.	Zerklüftetes Carcinom der Portio. Infiltration des r. Parametriums.	11. Nov.	Die r. Ureter dick in Carcinom-Wasser vermauert, Resection. Implantation.	Blasen-scheidenfis Bauchdek abszess.
1908 24. Nov. 590 314	Seit 1 Jahr Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Unregelmässige Blutungen. Übelriechender Ausfluss.	Blumenkohlcarcinoma der Portio und Cervicis. Parametrium und Douglas rechts hinten etwas infiltriert und druckempfindlich.	5. Dez.	—	—
1908 13. Juli 380 197	Seit 3 Monaten Schmerzen im Leib, Gefühl von Schwäche. Menstruation profuser.	Carcinoma cervicis. Uterus links durch parametrune Verdickung fest fixiert.	22. Juli	—	Zeitweis Darm-scheidenfis
1908 3. Nov. 552 282	Seit 2 Jahren blutiger Ausfluss. Harndrang. Druckgefühl im Leib.	Carcinoma cervic. u corpor. uter. myomatosicum. Infiltration parametrii sinistri.	9. Nov.	Präparieren d. Ureteren sehr schwer, sodass nur Totalexstirpation gemacht wird.	Vereiteru der Bauchwu
1909 20. Jan. 39 30	Seit 1 Jahr unregelmässige Regel mit Schmerzen im Unterleib und Rücken. Abmagerung.	Carcinoma cervic. u. portionis. Im linken Parametr. wallnussgrosser Knoten.	3. Febr.	—	—
1909 21. April 213 103	Seit 3 Monaten unregelmässige, häufig wiederkehrende starke Blutungen. Seit 1 Monat Abmagerung.	Blumenkohle der Portio u. der Cervix. Uterus gut beweglich. Parametr. Douglas frei.	24. April	—	—
1909 27. April 226 110	Seit 4 Wochen Kreuzschmerzen und Abgang von Blut beim Coitus. Abmagerung.	Ringförmiges Carcinom der Scheide bis Portio herangehend. Uterus gut beweglich. Parametrium infiltriert.	2 Mai	Blasenriss.	—

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	20. II. 09. o. B. Fistel spotan geschl.	—	—	†	=	—	—	—	Frau V. M. 33 J.
—	26. XII. o. B.	—	—	Febr. 1912 † Rezid.	—	—	—	—	Frau A. S. 30 J.
—	5. IX. Fistel spontan geschlossen.	—	—	—	—	—	—	30 Pfd. zugen. Leichte Blasenbeschw. B. gut.	Frau N. W. 34 J.
—	11. XII. o. B.	—	—	† Aug. 1909 Peritonitis	—	—	—	—	Frau K. Sch. 56 J.
—	20. II. gut.	—	4. V. 11. Metastase in Bauchnarbe u. im Bereiche d. Oberschenkel Ischias.	† 1912	—	—	—	—	Frau K. Sch. 46 J.
—	8. V. gut.	—	1. XII. 09. Rezidiv im l. Douglas und Narbe.	† 31. Jan. 1911 unter periton. Ersch.	—	—	—	—	Frau L. K. 35 J.
—	12. VI. gut.	—	30. V. 10. Grosses Rezidiv in Scheide.	—	—	—	—	—	Frau B. M. 32 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1909 29. April 236 111	Geringe Beschwerden, hie und da leichte Blutungen.	Blumenkohlcarcinoma der Portio u. Cervic. Parametr. Douglas frei.	5. Mai	—	—
1909 7. Juni 289 147	Vor 6 Jahren Menopause. Seit 1 Jahr stärkere Blutungen, Schmerzen, Schwellen des Leibes. Harndrang.	Carcinoma cervicis (beginnend). Uterus myomatosus.	9. Juni	—	Gut. Steh auf. 28. V Lungenembolie.
1909 8. Juli 382 191	Seit 17 Jahren Menopause. Seit 5 Monaten Blutung. Ausfluss.	Carcinoma port. und cervic. Linkes Parametrium etwas infiltriert.	14. Juli	Aus Missverständnis war die Vorbereitung vor der Oper. unterbl. Staphylococc. i. Scheidensek.	—
1909 12. Juli 340 195	Vor 7 Monaten letzte Periode. Starker Fluor. Vor 14 Tagen Kreuzschmerzen. Etwas Blutabgang.	Blumenkohlcarcinoma port. und cervic. Beide Douglasfalten verdickt. Linkes Parametrium infiltriert.	17. Juli	Profuse Venenblutungen, schwer zu stillen.	—
1909 12. Aug. 446 221	Mit 45 Jahren Menopause. Vor 14 Tagen Blutung. Abmagerung. Sonst nichts.	Carcinoma cervic. Linker Douglas etwas infiltriert.	16. Aug.	—	—
1909 15. Sept. 507 245	Seit 3 Jahren Schmerzen. Unregelmässige Periode. Vor 6 Wochen starke Blutung. Harndrang.	Carcinoma cervic. und portionis. Rechter Douglas u. Param. sehr stark infiltriert. Kachekt. Aussehen.	27. Sept.	Stärkere venöse Blutung.	—

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	22. V. gut	—	—	—	—	—	—	kein Rezidiv	Frau Ch. 44 J.
—	—	28. VI. † Lungenembolie r. Arter. pulmon. v. Trombose der Venae femoralis. Operationsgebiet o. B.	—	—	—	—	—	—	Frau P. M. 57 J.
—	—	† 17. VII. Peritonitis haemolyt. Staphylococcen.	—	—	—	—	—	—	Frau M. L. 57 J.
—	—	17. VII. † Sektion: Anaemie. Myodegeneratio. Chron. Nephritis. Operationsgebiet o. B.	—	—	—	—	—	—	Frau F. L. 51 J.
—	1. IX. gut.	—	—	—	—	† unbekannt	—	—	Frau M. F. 59 J.
—	—	½ h. post. op. † Sektion: Shock Anaemie. Operationsgebiet o. B.	—	—	—	—	—	—	Frau M. B. 47 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1909 27. Okt. 565 277	Vor 4 Jahren Erosion an portio und Parametritis. Seit September profuse Blutungen.	Carcinoma port. und cervic. Myomat. uteri. Doppelseitige Salpingooophoritis purulenta.	3. Nov.	—	Phlegmon der Bauchwun
1909 15. Nov. 89 Privat	Vor 4 Jahren Menopause Seit Juni starke Blutungen.	Carcinoma portio u. cervic. Linker Douglas infiltriert.	20. Nov.	—	—
1909 1. Dez. 634 310	Seit 1 Jahr Ausfluss. Seit 3 Wochen sehr starker Ausfluss. Sonst keine Beschwerden.	Blumenkohlcarcinoma der vorderen Lippe. Uterus gut beweglich.	8. Dez.	—	Platzen de Bauchnaht
1909 9. Sept. 496 236	Seit 2 Jahren Schmerzen im Leib. Blutung bei Cohabitation. Abmagerung.	Carcinoma port. und cerv. Rechter Retractor infiltriert.	13. Sept.	—	Cystitis.
1910 2. Febr. 93 47	Vor 8 Jahren Menopause. Seit 6 Wochen starker Fluor. Sonst o. B.	Carcinoma vaginæ. Rechter Retractor infiltriert. Uterus gut beweglich.	7. Febr.	-	—
1910 8. März 26 Privat	Mit 56 Jahren Menopause. Seit 5 Monaten Blutung.	Carcinom der Portio (vordere Lippe). Uterus unbeweglich. Param. Douglas straff und kurz.	15. März	—	—
1910 10. März 180 96	Vor 2 Jahren Menopause. Seit 1 Jahr gelblichblutiger Ausfluss. Schwächegefühl.	Carcinoma portion.u. vaginæ. Parametrien anscheinend frei. Uterus beweglich.	10. März	—	—
1910 12. April 228 107	Vor 3 Wochen kurze Blutung. Etwas Schmerzen. Seit 6. Jahren Menopause.	Carcinoma port. und cervic. Beiders. Douglas vor allem links infiltriert.	24. April	—	Cystitis.
1910 10. Mai 34 Privat	Seit ½ Jahr profuse Blutung. Abmagerung. Fluor.	Carcinoma cervicis. Im linken Parametr., bohnengrosser Geschwulst. Uterus schlecht beweglich.	12. Mai	—	—

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
kundärnaht	13. XII. gut.	—	1911 grossen Rezidiv.	—	—	—	—	—	Frau L. D. 40 J.
—	18. 12. gut.	—	—	verst.	—	—	—	—	Frau M. B. 48 J.
kundärnaht	10. I. 10. Trichter etwas starrwandig.	—	—	—	verscholl.	—	—	—	Frau M. M. 42 J.
—	5. X. gut.	—	27. XII. 09. Rezidiv im Narbentricht.	† 21. Jan. 1911	—	—	—	—	Frau E. M. 32 J.
—	26. II. Trichter noch etwas offen.	—	—	—	—	—	—	kein Rezidiv	Frau J. G. 60 J.
—	–	† 18. III. unter urämischen u. peritonit. Erscheinungen. Sektion durfte nicht stattfinden.	–	—	–	–	—	—	Frau R. B. 58 J.
—	—	† 27. III. Sepsis.	—	—	—	—	—	—	Frau K. M. 55 J.
—	21. V. gut.	—	—	—	—	—	—	kein Rezidiv	Frau A. G. 58 J.
—	29. V. gut.	—	–	verstorb.	—	—	—	—	Frau M. H. 35 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1910 25. Mai 144 60	Seit einigen Wochen Schmerzen. Seit 19. Mai sehr starke Blutung.	Carcinoma portionis u. chron. salpingooophoritis. Param. Douglas frei.	4. Juni	—	—
1910 6. Juni 333 159	Seit 2 Jahren Schmerzen. Abmagerung. Vor 14 Tagen starke Blutung.	Carcinoma portion. u. cervic. Parametrien o. B. Am Vorabend der Operation schon Fieber.	15. Juni	Mit Fieber operiert. Tupferproben ergeben während der Operation haemolyt. Streptococcen.	—
1910 15. Juni 164 Privat	Starke andauernde Blutungen. Sonst nichts.	Kraterförmiges Carcinom der Cervix. Link. Parametr. etwas infiltriert.	18. Juni	—	—
1910 4. Juli 400 187	Seit 3 Wochen intensive Schmerzen. Seit 18 Tagen Blutung. Brennen beim Wasserlassen. Abmagerung.	Kachekt. Aussehen. Carcinom port. Bds. Douglas infiltriert. Uterus schwer beweglich.	4. Aug.	—	Bronchopneumonie
1910 20. Aug. 497 225	Seit $^1/_2$ Jahr Menopause Blutet seit 3 Monaten. Abmagerung.	Carcinoma cervicis, Douglas durchbrechend u. bds. Parametrien infiltriert	27. Aug.	—	Verlauf gut sass schon au
1910 26 Aug. 511 230	Seit 6 Monaten unregelmässige Periode. Seit 2 Monaten Blutung.	Carcinoma cervic. portion. u. vaginæ. Rechtes Parametr. druckempfindlich. Sonst frei.	31. Aug.	—	—
1910 16. Sept. 524 238	Seit 5 Monaten unregelmässige starke Blutung.	Kachektisches Aussehen. Carcinoma cervic. u. corporis bds. Douglas und Parametr. infiltriert.	19. Sept.	—	—

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	17. VI. gut.	—	—	—	—	—	—	kein Rezidiv	Frau A. V. 42 J.
—	—	† 16. VI. an schon bestehender Sepsis. Im Herzblut haemol. Streptococcen.	—	—	—	—	—	—	Frau K. D. 56 J.
—	16. VII. gut	—	—	† 1911	-	—	—	—	Frau D. H. 28 J.
—	11. VIII. gut.	—	† 30. Okt. 1911 mit uräm. Erschein. Kompression beider Ureteren durch Ca.		—	—	—	—	Frau S. W. 44 J.
—	—	† 4. IX. Lungenembolie. L. Arter. pulm. von Trombus in l. Vena spermatica. Operationsgebiet o. B.	—	—	—	—	—	—	Frau J. K. 53 J.
—	17. IX. gut.	—	7. VIII. 11. Mandaringrosse Metastase in Scheide	—		—	—	—	Frau F. B. 45 J.
—	14. X. Entlassen. Wundtrichter gut. Aussehen schlecht.	—	—	—	—	—	—	30 Pfd. zugen. Rezidivfrei	Frau E. W. 38 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1910 25. Sept. 81 Privat	Blutung und Ausfluss.	Carcinoma portion. u. cervic.	12. Sept.	—	—
1910 23. Sept. 541 249	Vor 3 Jahren Metritis und Lues. Seit 9 Monaten Abmagerung. Regel regelmässig. Sehr starke Schmerzen.	Carcinoma portionis Param. Douglas frei. Uterus beweglich.	28. Sept.	—	10. X. Dur Lungenen bolie kompl
1910 5. Okt. 563 260	Seit 8 Monaten Blutung, zuletzt stark, sonst nichts.	Kachekt. Aussehen. Carcinoma cervic. auf Scheide überwuchernd. Uterus gut beweglich. Param. Douglas frei.	10. Okt.	—	
1910 6. Okt. 560 268	Vor 4 Jahren Menopause. In 23 Jahren 21 mal geboren. Seit August Blutung. Abmagerung. Sonst o. B.	Carcinoma portionis. Uterus gut beweglich. Param. frei. Douglas gespannt, aber nicht infiltriert.	15. Okt.	—	—
1910 24. Okt. 601 300	Seit 3 Wochen fleischwasserähnlicher Ausfluss. Ohne Schmerzen.	Sehr fette Frau. Mit beginnendem Carcinoma portionis.	9. Nov.	Ziemlich beträchtliche Blutung	—
1911 27. April 244 138	Seit November 10 unregelmässige Blutung, gelblichwässriger Fluor. 16 Pfund abgenommen.	Blumenkohlcarcinom der Portio. Uterus gut beweglich. Parametr. Douglas frei.	3. Mai	—	Eiterung a beiden pa metranen Höhlen.
1911 3. April 207 119	Vater an Carcinoma gestorben. Vor 2 Jahren Menopause. Seit 6 Monaten stark riechender Ausfluss. Abmagerung.	Blumenkohlcarcinoma portion. Rechtes Parametrium etwas derb sonst o. B. Uterus gut beweglich.	10. April	—	Leichte Tro bophlebitis a rechten Kn

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	3. X. gut.	—	—	† 1912	—	—	—	—	Frau R. S. 49 J.
—	22. X. gut.	—	11. V. 1911. Exstirpation eines Rezidivknotens.	—	—	—	—	—	Frau M. G. 24 J.
—	28. X. gut.	—	—	—	—	—	—	Rezidivfrei	Frau B. 51 J.
—	29. X. gut.	—	—	—	—	—	—	kein Rezidiv	Frau M. S. 57 J.
—	—	† 11. XI. Sektion. Leber fettig degeneriert. Chloroformeinwirkung auf Leber (Prof. Chiari).	—	—	—	—	—	—	Frau M. F. 42 J.
—	28. V. Aus beiden Höhlen noch mässiger Ausfluss.	—	—	—	—	—	—	Dr. Henrico kein Rezidiv 3 Pfd. zugen.	Frau M. Th. 42 J.
—	9. V. gut.	—	Diffuses Rezidiv an Beckenwand. Befinden schlecht.	—	—	—	—	—	Frau J. T. 48 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1912 Januar 3 Privat	Blutungen und Schmerzen.	Carcinoma portionis. Param. Douglas o. B.	Jan.	—	—
1912 7. Febr. 81 57	Seit 6 Monaten unregelmässige Blutungen. Seit 2 Monaten Ausfluss. Abmagerung. Kreuzschmerzen.	Carcinoma portionis. Param. und Douglas o. B. Rechts einige Drüsen.	14. Febr.	Drüsenpaket auf ven. Iliacus comm. fest aufsitzend, nicht abzulösen.	—
1912 4. März 144 85	Seit 5 Wochen Blutungen und Schmerzen im Kreuz.	Carcinoma cervic. Parametr. Douglas o. B.	8. März	—	Cystitis.
1912 15. März 164 96	Seit 4 Wochen Blutabgang und Schmerzen. Obstipation.	Carcinoma cervic Parametr. Douglas o. B. Uterus gut beweglich.	20. März	R. Ureter durchtrennt. Implantation.	—
1912 1. März 161 106	Vom Oktober 11 bis Febr. 12 Blutungen. Jetzt Schmerzen. Obstipation.	Carcinoma cervic. Im rechten Parametrium zahlreiche Drüsen zu fühlen.	29. März	—	Bauchdeckenabszess.
1912 28. März 190 110	Seit einigen Monaten geringer gelber Ausfluss, der immer stärker wurde und mit Blut vermischt wurde. Schmerzen im Bein.	Carcinoma cervic. Linke Douglasfalte, rechtes Parametrium infiltriert. Blase an Vorderwand infiltriert. Schlecht beweglich.	2. April	Blasenriss	Scheiden blasenfistel Abszess am Oberschenkel
1912 9. April 201 119	Im März starke Blutung. Vom Arzt geschickt.	Carcinoma cervic. Rechtes Parametrium infiltriert. Im linken hinteren Douglas 1 Drüse palpabel.	23. April	—	—
1912 16. April 203 113	Mit 43 Menopause. Seit 4 Monaten Ausfluss. Blutung. Abnahme.	Carcinoma cervic. Im rechten Parametrium harter Strang.	23. April	—	Bauchdeckenabszess.

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	—	post. oper. †. degeneratio cordis Shock.	—	—	—	—	—	—	Frau M. G.
—	3. III. gut.	—	Rezidiv.	—	—	—	—	—	Frau S. B. 42 J.
—	3. IV. gut, noch leichte Cystitis.	—	—	—	—	—	—	Rezidivfrei	Frau Schn. 51 J.
—	—	6. h. post. oper. †. degeneratio cordis. Operationsgebiet o. B.	—	—	—	—	—	—	Frau K. B. 44 J.
ekundärnaht	5. V. gut geheilt.	—	—	—	—	—	—	Rezidivfrei	Frau D. 42 J.
—	24. IV gut. Scheidenblasenfistel besteht noch.	—	—	—	—	—	—	—	Frau M. 40 J.
—	2. V. gut.	—	—	—	—	—	—	frei	Frau E. B. 44 J.
ekundärnaht	8. VI. gut.	—	—	—	—	—	—	frei	Frau Sch. 58 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1911 25. April 239 137	Oktober 1910 unregelmässige Periode. Seit 15. April ständige Blutung. Keine Schmerzen.	Carcinoma portionis. Uterus gut verschieblich. Param. und Douglas frei.	2. Mai	—	—
1911 5. Mai 269 156	Seit Januar alle 10 Tage lange starke Blutungen. Kann Wasser nicht halten.	Blumenkohlcarcinom der hinteren Lippe. Uterus gut verschieblich. Param. und Douglas frei.	12. Mai	Kleine Blasenverletzung.	Blasenscheidenfiste
1911 9. Juni 331 192	Seit 1 Jahr stärkere und unregelmässige Perioden. Seit 3 Wochen Schmerzen in Beinen. Viel blutiger Ausfluss.	Knolliges Carcinoma portionis partis intravaginalis mit Infiltration der linken Scheidenwand. Linkes Parametr. infiltriert.	19 Juni	Starke Blutung. Bakteriologisch: In Scheide haemolyt. Staphylococcen	—
1911 3. Aug. 377 252	Seit einigen Monaten profuse Blutungen. Seit letzten Periode heftige Schmerzen. Reichlich Ausfluss.	Erosion am Os externum. Probeexcision ergibt Drüsencarcinom.	10. Aug.	—	17. VIII. Platzen der Bauchnaht. Profuse Blutung aus Vagina.
1911 16. Sept. 491 292	Letzte Regel sehr stark und länger. Starke Schmerzen. Reichlich Ausfluss.	Carcinoma portionis. Uterus mässig beweglich. Linker Douglas u. Parametr. infiltriert. Pyosalpinx.	19. Sept.	—	Thrombose d r. Beines gestört. Bauchdeckenfistel.
1911 16. Okt. 541 295	Blutung bei der Cohabitation oder bei Anstrengung. Kreuzschmerzen. Ausfluss. Obstipation.	Blumenkohlcarcin. portionis. Param. Douglas frei. Uterus gut beweglich.	19. Okt.	—	—
1911 14. Nov. 608 335	Seit 7 Monaten Schmerzen. Abmagerung. Blutung nach Cohabitation. Blutigwässriger Fluor.	Carcinoma cervicis. Douglas Parametr. frei.	22. Nov.	—	—

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	20. V. gut.	—	—	—	—	—	—	15 Pfd. zugen. kein Rezidiv	Frau H. 29 J.
—	9. VI. gut. Fistel spontan geschlossen.	—	6. X. 11. haselnussgrosses Knötchen oben an der Vagina. Sonst gut.	—	—	—	—	—	Frau M. F. 45 J.
—	—	29. VI. † Peritontis purulenta.	—	—	—	—	—	—	Frau H. W. 45 J.
ekundärnaht	20. X. gut.	—	—	—	—	—	—	kein Rezidiv	Frau M. S. 41 J.
—	8. XII. R. Scheidentrichter hart infiltriert.	—	Langsam wachsendes Rezidiv. Pat. fühlt sich wohl.	—	—	—	—	—	Frau L. M. 52 J.
—	1. XI. gut.	—	—	—	—	—	—	kein Rezidiv	Frau J. W. 36 J.
—	8. XII. gut.	—	—	—	—	—	—	kein Rezidiv	Frau L. St. 35 J.

Jahr, Datum, Nr.	Anamnese	Befund	Operation	Komplikation der Operation	Krankheitsverlauf
1912 1. Juni 313 172	Seit 4 Wochen Schmerzen im Kreuz und Unterleib.	Carcinoma cervic. u. portion. Rechtes Parametrium stark infiltriert.	10. Juni	Starke Blutung	—
1912 10. Aug. 463 246	Seit 4 Monaten Blutung und Abmagerung.	Carcinoma port. und cervic. Rechtes Param. infiltriert.	16. Aug.	Sehr starke Infiltration so dass r. Ureter nicht freigelegt werden kann.	—
1912 7. Okt. 531 281	Seit 6 Monaten erst gelber, dann rötlicher Ausfluss. Abmagerung.	Carcinoma port. und vagin. Uterus kaum beweglich. R. taubeneigrosse Resistenz.	16. Okt.	Starke Verwachsung mit Darm. Einriss an der Flexur.	—
1912 13. Juli 227 Privat	Schmerzen und Blutungen.	Carcinoma port.	17. Juli	—	—

Spätere Operation	Entlassen	† an Folgen der Operation	Sichere Rezidive	Später †	Verschollen	An anderen Krankheiten †	Sonstiges	Rezidivfrei	Namen und Alter
—	—	† post. operat. Anaemie vena Iliaca comm. angeschlitzt.	—	—	—	—	—	—	Frau Ph. R. 38 J.
—	4. IX. gut.	—	—	† an unbekannt. Krankheit	—	—	—	—	Frau K. 43 J.
—	—	19. X. † Peritonitis.	—	—	—	—	—	—	Frl. M. S. 36 J.
—	—	30. VII. †	—	—	—	—	—	—	Frau J. S. 41 J.

Literatur-Verzeichnis.

1. Bumm, Zur Technik der abdominalen Radikaloperation.
2. Döderlein-Krönig, Operative Gynäkologie.
3. Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
4. W. A. Freund, Eine neue Methode der Exstirpation des Uterus.
5. Martin, Zur Carcinomstatistik.
6. Walter Siegwart, Die Technik der Radikaloperation des Uteruscarcinom.
7. Wertheim, Die erweiterte Abdominaloperation.
8. Wertheim, Über meine bisherigen Erfahrungen mit der erweiterten abdominalen Uteruskrebsoperation.
9. Winter, Über die Rezidive des Uterusabzesses.
10. Zweifel, Ein neues Verfahren zur Exstirpation des Uteruscarcinom.

Lebenslauf.

Ich bin am 6. Oktober 1886 in Ars a. d. Mosel (Kreis Metz) geboren. Bin katholischer Konfession und von Staatsangehörigkeit Preusse.

Ich besuchte vom Jahre 1895 bis 1905 das Lyceum zu Metz, wo ich am 6. August 1905 das Reifezeugnis erhielt.

Darauf studierte ich vom Winter 1905/6 bis Sommer 1907 in München, Winter 1907/8 bis Sommer 1908 in Giessen, wo ich im August 1908 das Physikum bestand. Darauf studierte ich in Strassburg bis Juni 1911, wo ich das Staatsexamen bestand. Ich war hierauf 4 $^1/_2$ Monate an der Universitätsfrauenklinik in Strassburg, 4 Monate an der Medizinischen Universitätsklinik und zum Schlusse als Medizinalpraktikant im Hospital St. Blandina in Metz tätig und erhielt am 15. Juni 1912 meine Approbation als Arzt. Hierauf war ich bis jetzt teils im Hospital St. Blandina in Metz, teils in Vertretung meines Vaters in Ars a. d. Mosel als Arzt beschäftigt.